



Facultad de
Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD DE LEÓN



DECLARACIÓN DE ESTUDIANTES

D/D^a....., con D.N.I. N°, en la condición de estudiante de la titulación de, de la Facultad de Ciencias de la Salud, por la presente,

MANIFIESTA que:

☐ NO padece enfermedad, limitación ni está sometido a tratamiento que le impida realizar prácticas clínicas en servicios sanitarios.

☐ SI padece enfermedad, limitación o está sometido a tratamiento que le impide realizar prácticas clínicas en los siguientes servicios.

....., a ... de de

Fdo: D/D^a

Los datos personales y de salud recogidos en el documento serán tratados por la Universidad de León, con domicilio en Av. de la Facultad nº25, 2204, León, como responsable del tratamiento. La finalidad es gestionar la aptitud del estudiante para la realización de prácticas clínicas en servicios sanitarios, en cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales y convenios de colaboración. Los datos solo se cederán a terceros en caso de obligación legal o entidades colaboradoras estrictamente para la gestión de prácticas, y se conservarán durante el tiempo necesario para la gestión de las prácticas y, posteriormente, se eliminarán conforme a la normativa aplicable.

Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad mediante escrito dirigido a dpd@unileon.es. También puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es)